Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand

Zur Kenntnis des Hämangioms an den Gliedmaßen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Von
Hans Hamburger
approb. Arzt aus Berlin

Auszug gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Berlin
Dekan: Prof. Dr. Rubner; Referenten: Prof. Dr. Köhler, Prof. Dr. Hildebrand

Tag der Promotion: 9. April 1920

Meinen lieben Eltern in Dankbarkeit gewidmet.

Vita.

Ich, Hans Hamburger, wurde am 25. 12. 1894 in Berlin als Sohn des prakt. Arztes Dr. med. Felix Hamburger und seiner Ehefrau Anna geb. Frohmann geboren. Ich besuchte das Sophien-Gymnasium zu Berlin, auf dem ich Ostern 1913 das Zeugnis der Reife erhielt. Sommersemester 1913 wurde ich auf der Berliner Universität immatrikuliert und bestand daselbst am 25. Juli 1913 die ärztliche Vorprüfung mit „gut“ und am 5. März 1920 das medizinische Staatsexamen mit „gut“. Meine Approbation erhielt ich am 5. 3. 20, und promovierte am 9. 4. 20 zum Dr. med. Am 1. 8. 16 wurde ich zum Militärdienst eingezogen, am 11. 11. 16 kam ich als Feldunterarzt ins Feld; am 8. 10. 18 geriet ich als Feldhilfsarzt in französische Gefangenschaft, aus welcher ich am 9. 8. 20 über den Rhein geflohen bin.

Das Hämangiom ist eine Geschwulst der Bindegewebsreihe, die aus Gefäßgewebe besteht. Thoma versucht, ihre Entstehung einheitlich von histomechanischen Gesichtspunkten festzustellen, während Nibbert die Theorie von der Keimisolierung aufstellt. Es handelt sich nach ihm um einen abgeschlossenen selbständigen Tumor, der sich isoliert weiterentwickelt, ohne sich in das andere Blutgefäßsystem einzufügen. Je nachdem diese Isolierung vom kapillären, venösen oder arteriellen Teile stattfindet, unterscheidet man:

1. Das Haemangioma simplex (Teleangiektasie) aus kleinen, sich durchschlängelnden Gefäßen bestehend, die sich neubilden, und deren Wand nicht verdünnt, sondern eher verdickt ist; sie bilden einen kleinen, das Niveau der Haut meist nicht überragenden roten Fleck, daher auch Feuermal genannt.

2. Das Kavernom mit schwammartigen Bluträumen, ähnlich den corpora cavernosa penis, die miteinander kommunizieren, über der Oberfläche erhaben sind und oft eine Auftreibung und Schwellung der Extremität bewirken können. Virchow nahm bei ihrer Entstehung zwei Stadien an: eins der Gefäßumbildung, eins der Erweiterung und schließlichen Kommunikation.

3. Das Angioma arteriale racemosum, bestehend aus sackartigen erweiterten geschlängelten Gefäßrohren eines größeren Arterienbezirkes, wobei das Kapillargebiet ausgeschaltet ist, ebenfalls über der Oberfläche erhaben.

An den Extremitäten kommen die Hämangiome in jedem Gewebe vor. In der Literatur sind eine ganze Reihe von Fällen angeführt. In der Hildebrandschen Klinik der Charité zu Berlin sind in den Jahren 1903 bis 1919 15 Fälle operativ behandelt worden; davon betrafen 7 die obere Extremität, 8 die untere. Nach

10 Krankengeschichten waren 7 Angiome schon bei der Geburt sichtbar gewesen, 3 später beobachtet worden. 2 waren Teleangiektasien der subcutis, 8 Kavernome, und zwar 4 vom Bindegewebe ausgehend, nur dieses betreffend, 2 vom Muskelgewebe und 2 vom Nerven. Die beiden Nervenkavernome und ein Kavernom des Bindegewebes, das vom Interstitium ausging, wurde erst später während der Pubertät, resp. das letztere nach einem Trauma entdeckt.

Aus meinen Ausführungen ziehe ich folgende Folgerungen:

1. Die Angiome sind nach Nibbert auf Zellisolierungen zurückzuführen, aus denen sie sich entwickeln, wobei Pubertät und Trauma als unterstützend für die Entwickelung angesehen wird. Die tiefliegenden Angiome treten erst dann in Erscheinung, wenn sie, durch ihr Wachstum vergrößert, Symptome hervorrufen; besonders sind es die von Nerven ausgehenden. An den Extremitäten treten die Angiome nicht zu häufig auf, wenn auch eine Anzahl, da sie beschwerdelos sind, der ärztlichen Beobachtung entzogen bleiben.
2. Je nachdem die Zellisolierung im arteriellen, kapillären oder venösen Gefäßgebiet lokalisiert ist, bildet sich ein Rankenangiom, eine Teleangiektasie oder Kavernom.
3. Die Lokalisation der Zellisolierung ist, je nachdem sie im arteriellen, kapillären oder venösen Teile des Gefäßgebietes stattfand oder zwei Teile dieses betraf, entscheidend für das verschiedenartige Entstehen und Wachsen der Neubildung, sodaß von vornherein nie beurteilt werden kann, ob eine Teleangiektasie als solche bestehen bleibt oder sich in ein Kavernom oder Rankenangiom umwandelt.